CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF LATENT DU FOIE

Par MM. **A. Brousse**, Professeur Agrégé,
Et **Rauzier**, Chef de Clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Ayant eu l'occasion d'observer tout dernièrement, à l'autopsie d'un cachectique, un magnifique cancer du foie qui ne s'était révélé pendant la vie par aucun symptôme caractéristique, il nous a paru intéressant de publier ce cas, et à ce propos de mettre en relief l'existence de formes latentes du cancer primitif du foie.

OBSERVATION.

Cancer massif, primitif et latent, du lobe droit du foie; noyaux secondaires dans le lobe gauche de l'organe, les ganglions du hile et les plèvres. Endocardite du cœur gauche (mitrale et sigmoïde).

Pierre Jul..., âgé de 69 ans, journalier, occupe, en septembre 1889, le n° 22 de la salle C², dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, suppléant M. le professeur Grasset. Arrivé dans un état de cachexie, il meurt trois semaines après son entrée.

Voici son histoire.

Son père, qui jouissait d'une excellente santé, est mort d'accident à l'âge de 54 ans; sa mère a succombé, vers 68 ans, à une maladie indéterminée. Deux de ses sœurs, âgées, l'une de 21 ans, l'autre de 25 ans, sont mortes phtisiques; deux frères ont également succombé à la tuberculose, l'un

à 36 ans, l'autre à 33 ans, au retour de la guerre de Crimée. Il lui reste un seul frère qui est bien portant. On ne retrouve nulle trace d'arthritisme dans les antécédents héréditaires.

Le sujet de l'observation n'est ni rhumatisant ni migraineux ; il nie l'alcoolisme et la syphilis. Son histoire pathologique antérieure à la maladie actuelle se réduit à des chancres mous, accompagnés d'une blennorrhagie, survenus il y a trente ans, et à une hydrocèle d'origine traumatique, traitée, il y a un peu plus d'un an, par la ponction et l'injection iodée. Il a mené une existence rude et laborieuse, souvent misérable, sans éprouver, du côté de la santé générale, aucun retentissement fâcheux. Pendant plusieurs années, il a pu coucher impunément, hiver et été, en plein air, à l'entrée d'une boutique foraine.

La maladie qui l'amène dans les salles a débuté il y a un an et demi et est survenue à la suite d'un refroidissement. Il se trouvait à cette époque en Algérie, où il était allé chercher son fils atteint d'aliénation mentale ; dénué de ressources, le malheureux dut, en plein février, coucher, pendant dix-huit jours, sur la dure et sans abri. A la suite de cette aventure, il fut pris de douleurs articulaires généralisées, subaiguës, qui durèrent quelques semaines et ne l'obligèrent pas à s'aliter. En même temps, il commençait à tousser et à présenter un essoufflement habituel ; cependant, à cette époque, il n'offrait encore ni œdèmes ni palpitations. Depuis lors, les douleurs articulaires n'ont pas reparu, mais l'affection bronchique a persisté sans aucune rémission.

En février 1889, le catarrhe a subi une recrudescence notable, des hémoptysies peu abondantes se sont produites, et le malade est venu se faire soigner à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. le professeur Grasset ; on n'a constaté, à ce moment, que des signes d'emphysème et de bronchite chronique. Rapidement amélioré, il a quitté l'hôpital en mars.

De mars à juillet, le malade a joui d'une santé relativement satisfaisante ; n'eussent été la toux, l'expectoration et

quelques palpitations de temps en temps, il se fût même senti tout à fait bien.

Au commencement de juillet sont survenus des œdèmes; l'enflure, limitée aux chevilles dans le début, est remontée peu à peu jusqu'à l'abdomen. La dyspnée et les palpitations ont fait des progrès; une diarrhée habituelle s'est établie. Le 6 septembre, le malade sollicite à nouveau son admission à l'hôpital.

Il rentre en pleine cachexie, présentant un amaigrissement excessif, un œdème peu considérable des membres inférieurs et une ascite légère; les membres supérieurs ni la face ne sont infiltrés. Les palpitations persistent; elles coïncident fréquemment avec de la céphalalgie, de la congestion de la face et des battements douloureux dans les vaisseaux céphaliques, mais ne s'accompagnent ni de vertiges ni de bourdonnements d'oreilles.

Les fonctions digestives sont profondément altérées : l'appétit est nul, les digestions sont lentes et difficiles; jamais de vomissements. La *diarrhée* n'a pas cessé depuis deux mois et se traduit par un chiffre moyen de sept à huit selles par jour; il s'est établi consécutivement un prolapsus du rectum.

L'examen des organes thoraciques, sur lesquels l'attention se trouve attirée en premier lieu, révèle l'existence de râles sous-crépitants aux deux bases et d'une respiration rude et sibilante, avec expiration prolongée aux deux sommets. A la pointe du cœur, on constate un *souffle rude au premier temps*; les vaisseaux sont *athéromateux*. Les autres organes paraissent normaux; il n'existe aucune saillie anormale au niveau de l'estomac ou du foie; le diamètre costo-mammaire de ce dernier mesure dix centimètres.

Durant son séjour à l'hôpital, le malade ne présente d'autres épiphénomènes qu'un ictère léger et une épistaxis assez abondante par la narine droite. La cachexie marche à grands pas, la diarrhée reste incoercible et le malade meurt le 27 septembre.

Autopsie.—Le sujet présente un amaigrissement extrême et une teinte subictérique portant aussi bien sur les sclérotiques que sur la peau.

La *cage thoracique* est volumineuse, les cartilages costaux sont en partie ossifiés. Il n'existe pas d'épanchement pleural, seulement quelques minces adhérences pleurales du côté droit.

Les *poumons* sont très volumineux; le poumon droit pèse 1,088 gram., le gauche 830 gram. Ils sont congestionnés et n'offrent pas trace de tubercules ; on y constate les lésions habituelles de la bronchite chronique avec emphysème.

A la surface du poumon gauche, et en particulier au niveau de sa face diaphragmatique, on constate la présence d'une douzaine de nodosités arrondies et blanchâtres, faisant une légère saillie et présentant la grosseur d'un pois.

Vers la base du poumon droit, on observe quelques nodosités analogues, moins nombreuses cependant; on n'en compte guère plus de cinq.

Plusieurs ganglions bronchiques sont engorgés, leur coupe est lisse et noirâtre ; l'un d'eux est en partie calcifié.

Le *cœur* pèse 330 gram. après évacuation des nombreux caillots fibrineux et cruoriques qui remplissent ses cavités. Le cœur droit est normal. Le cœur gauche est hypertrophié, il présente des lésions au niveau de ses deux orifices ; la valvule mitrale est épaissie et parsemée de saillies bourgeonnantes peu volumineuses; les sigmoïdes offrent quelques bourgeons analogues ayant pour point de départ les nodules d'Arantius.

La fibre cardiaque n'est nullement dégénérée.

Il existe de l'athérome aortique; on trouve, en particulier, une plaque calcifiée à l'entrée de l'aorte.

L'*abdomen* renferme trois ou quatre litres d'une *ascite* jaunâtre.

Le *foie* est *très volumineux* et tapisse toute la surface inférieure du diaphragme. Le diamètre vertical de son lobe droit est considérable, mais se trouvait en partie masqué, au

point de vue des investigations cliniques, par l'emphysème du poumon droit ; d'un autre côté, l'ampleur exceptionnelle de la cage thoracique l'empêche de déborder en bas les fausses côtes. L'organe est adhérent, dans sa partie gauche, à une masse ganglionnaire volumineuse qui le relie à la rate et au rein gauche.

Le poids de la glande hépatique séparée de la masse ganglionnaire est de 2,870 gram.; quant à cette dernière, elle pèse 330 gram.

Le *lobe droit* du foie est très volumineux; il a pris surtout de l'accroissement dans le sens vertical. Sa surface est lisse et ne présente ni saillies ni coloration anormale. A la coupe, on constate la destruction complète de la substance hépatique et la transformation de tout le lobe en une bouillie épaisse d'un jaune rougeâtre indiquant la *dégénérescence cancéreuse* de l'organe.

Le *lobe gauche* est également augmenté de volume, surtout dans le sens transversal. Il est hérissé de saillies blanchâtres, lisses et d'aspect cicatriciel. On trouve, à la coupe, l'organe criblé de *noyaux cancéreux* blanchâtres, séparés par des intervalles de substance hépatique relativement saine; ces noyaux siègent aussi bien dans la profondeur qu'à la surface du lobe.

En somme, on se trouve en présence : 1° d'un *cancer massif* occupant sous forme de bouillie encéphaloïde tout le lobe droit du foie; 2° de *noyaux cancéreux* nombreux, à la fois centraux et corticaux, occupant le lobe gauche et offrant l'aspect habituel au cancer secondaire de l'organe.

La *masse ganglionnaire* signalée plus haut est constituée par une série de ganglions volumineux et friables, réunis les uns aux autres par de la périadénite cancéreuse.

L'*estomac* n'offre aucune altération ; ses parois ont une épaisseur normale; à la surface de la muqueuse, on observe quelques arborisations vasculaires. Il n'existe pas de ganglions engorgés au niveau de la petite courbure.

Le *pancréas* pèse 120 gram.; il est uniformément hyper-

trophié ; dur au toucher, scléreux à la coupe, il ne présente pas de noyaux cancéreux appréciables.

La *rate* est hypertrophiée, elle pèse 320 gram.; son tissu est normal.

Les *reins* pèsent, l'un 130, l'autre 180 gram.; leur coupe est normale.

Le *péritoine* n'offre pas de noyaux secondaires ; il est simplement épaissi au voisinage de la lésion cancéreuse.

L'*intestin* et la *vessie* sont normaux.

Il n'existe pas de ganglions sus-claviculaires ou axillaires.

Organes génitaux. — Nous avons dit plus haut que le malade a été opéré en 1888 d'une hydrocèle traumatique ; la vaginale du côté droit a été ponctionnée et on y a injecté de la teinture d'iode. La cavité vaginale, aujourd'hui parfaitement sèche, présente quelques adhérences brunâtres et friables qui unissent ses deux feuillets ; le long des parois, on retrouve quelques débris brunâtres de tissus nécrosés; le testicule droit est atrophié, il pèse 3 gram., alors que le testicule gauche pèse 40 gram.; l'épididyme n'offre pas d'induration.

En résumé, il s'agit d'un homme de 69 ans, usé par la misère et les privations, qui entre dans un état de cachexie avancée. Les symptômes qu'il présente consistent essentiellement en un œdème des membres inférieurs, une ascite légère et surtout une diarrhée incoercible qui dure depuis deux mois. D'autre part, l'examen de l'appareil cardio-vasculaire fait constater un bruit de souffle à la pointe du cœur (souffle mitral) et une athéromasie généralisée. Il semblait donc légitime de considérer les symptômes offerts par le sujet comme sous la dépendance de la lésion cardio-vasculaire et de les attribuer à ces troubles circulatoires qui se montrent si souvent à la période terminale de la cachexie cardiaque.

D'un autre côté, rien n'attirait l'attention du côté du foie ;

le malade n'accusait aucune douleur du côté de l'hypochondre droit, et, lorsque dans les derniers jours de sa vie il présenta un ictère léger, l'examen de la région ne fit pas percevoir les signes d'une hypertrophie hépatique.

Et pourtant, à l'autopsie, nous trouvons un énorme cancer massif du lobe droit du foie, avec des noyaux secondaires dans le lobe gauche et les ganglions du hile.

Il s'agit là évidemment d'un *cancer primitif du foie à évolution latente.*

Pouvons-nous trouver, dans le cas actuel, une explication à cette latence?

D'après Gilbert, qui a fait, avec M. Hanot, une étude de prédilection du cancer primitif du foie (cancer massif[1]), cette affection se traduit par un ensemble symptomatique véritablement saisissant qu'il résume de la façon suivante :

« Son développement s'annonce par la suppression de l'appétit, l'apparition de troubles dyspeptiques et parfois de phénomènes douloureux, en même temps que par la diminution des forces, l'amaigrissement et la décoloration des téguments. Le foie *augmente de volume*, soulève les fausses côtes, dont il dépasse le rebord, et présente à la palpation une surface lisse et résistante. L'ascite apparaît rarement, ainsi que la dilatation des veines abdominales sous-cutanées. Les vomissements et l'ictère font presque constamment défaut ; la *constipation* est habituelle, l'acholie fréquente. La peau et les muqueuses deviennent d'une extrême pâleur, l'émaciation et la faiblesse atteignent les dernières limites ; les malléoles s'œdématient, et la mort survient d'un à sept mois après le début des accidents. »

A part la cachexie profonde, nous ne retrouvons dans notre cas aucun des symptômes de ce tableau. Le symptôme le plus important, l'augmentation du volume du foie, s'est trouvé ici masqué par l'ampleur de la cage thoracique et

[1] Gilbert ; *Du Cancer massif du foie,* Th. de Paris, 1886 ; Hanot et Gilbert ; *Études sur les maladies du foie.* Paris, 1888.

aussi par l'emphysème pulmonaire, d'une part, par le météorisme abdominal provoqué par l'ascite, de l'autre. S'il n'y a pas eu de vomissements et si l'ictère a été léger et ultime, la diarrhée s'est prolongée pendant plusieurs mois avec un caractère de ténacité incoercible, de façon que c'était devenu le symptôme prédominant de la maladie. A quoi faut-il attribuer cet accident, qui ne fait pas partie du cadre habituel de la carcinose hépatique ? Nous pensons qu'il est surtout dû à la compression de la veine porte au voisinage du foie par les énormes masses ganglionnaires du hile.

C'est assurément à la même cause qu'il faut rattacher et l'ascite et l'augmentation de volume de la rate.

En fait, dans le cas qui nous occupe, le diagnostic était rendu impossible, d'une part par l'absence des signes d'une hypertrophie hépatique, d'autre part par l'existence d'une lésion cardiaque qui semblait rendre compte aisément des œdèmes et même de la diarrhée.

L'examen de l'urine, et en particulier le dosage de l'urée [1], auraient peut-être pu nous mettre sur la voie de l'altération spécifique. Malheureusement cet examen n'a pu être fait, le malade n'ayant jamais pu garder ses urines à cause de sa diarrhée incoercible.

D'ailleurs, les cas de latence du cancer massif du foie ne sont pas très rares, et quoique Gilbert prétende que, « s'il a été fréquemment méconnu pendant toute la durée de son évolution, c'est que les signes qui marquent son développement sont ignorés du plus grand nombre des médecins », il reproduit lui-même dans sa Thèse des observations dans lesquelles le cancer du foie ne s'était nullement accompagné des symptômes qu'il donne comme caractéristiques.

Nous en signalerons deux à titre d'exemple.

[1] Voir Rauzier ; *De la diminution de l'urée dans le Cancer*. Th. de Montpellier, 1889.

OBSERVATION III (résumée).

Homme de 53 ans, entre à une période avancée de sa maladie. Antécédents alcooliques. Début par de l'œdème malléolaire ayant remonté progressivement jusqu'à l'abdomen. Pas d'ictère, pas de douleur hépatique, pas d'hémorrhagie. A son entrée, état cachectique prononcé ; *ascite* très considérable gênant l'examen du foie. A la suite d'une première ponction, exploration du foie, dont les dimensions sont trouvées *normales*. Diagnostic : cirrhose du foie. Le sujet succombe aux progrès de la cachexie, et à l'autopsie on trouve un cancer massif occupant toute la partie centrale du foie.

Dans cette observation, pas plus que dans la nôtre, nous ne retrouvons les signes caractéristiques de cette forme de cancer hépatique : en effet, il n'y a pas d'augmentation apparente du volume du foie, et de plus il existe un épanchement ascitique très considérable.

OBSERVATION XI (résumée).

Homme de 67 ans, alcoolique. Début six semaines auparavant par l'augmentation du volume du ventre ; depuis trois semaines, œdème des pieds. A son entrée, *ascite* considérable, œdème des membres inférieurs. A la suite d'une ponction, on constate l'augmentation du volume du foie, qui dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes ; rate aussi hypertrophiée. Diagnostic : cirrhose hépatique.

Le sujet succombe un mois après dans le marasme, et à l'autopsie on trouve un énorme cancer massif du lobe droit du foie.

La lecture de cette observation nous suggère les mêmes réflexions que la précédente. Bien que le foie se soit montré hypertrophié, l'ascite a été encore le symptôme dominant et a contribué à égarer le diagnostic.

Les faits que nous venons de citer et de rapprocher de l'observation que nous publions aujourd'hui n'ont pas pour

but de porter atteinte à l'œuvre de Gilbert, qui a eu le mérite d'édifier le syndrome clinique du cancer massif du foie à côté d'une étude anatomo-pathologique très complète.

Mais nous avons voulu montrer que, malgré son remarquable travail, toutes les obscurités qui couvraient l'étude clinique du cancer primitif du foie ne sont pas encore levées, et que, jusqu'à nouvel ordre, il y a lieu de tenir compte, pour le cancer du foie comme pour celui de l'estomac, des *formes latentes*.

Extrait de la Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales.

(Décembre 1889.)

Montpellier. — Typographie et Lithographie Charles Boehm.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE